KAFKA BRIGADE

CASUSONDERZOEK

ONNODIGE BUREAUCRATIE IN DE ZORG

Publieksversie

Deze versie van het actieplan is geanonimiseerd naar personen om de vertrouwelijkheid die dit resultaat mogelijk heeft gemaakt niet te beschamen. Het is een beknopte versie van het verslag van de gezamenlijke probleemanalyse en de belangrijkste initiatieven die betrokken organisaties willen nemen.

Meer informatie

Zit u verstrikt in het web van regels en procedures?
Of wilt u iets aan een 'kafkaiaanse' situatie doen?
Wij komen graag langs om te kijken of de
Kafkabrigade de boel kan ontwarren!

www.kafkabrigade.nl
info@kafkabrigade.nl

Woord van dank

We bedanken graag Ron en Rina, twee burgers die belangeloos bereid zijn geweest hun tijd te investeren in het verbeteren van de publieke sector. We bedanken de betrokken organisaties en met name het Zaans Medisch Centrum, Evean en Zilveren Kruis en meer nog de betrokken professionals, voor de grote mate van openheid die zij hebben willen geven. Zonder deze openheid had niet zoveel inzicht kunnen ontstaan. Betrokken organisaties hebben zich niet alleen kwetsbaar durven opstellen, ze zijn ook bereid geweest om over hun institutionele belangen heen te kijken naar wat ze gezamenlijk moeten realiseren en hebben concrete afspraken gemaakt om stappen te zetten in hun gezamenlijke opgave. En tenslotte bedanken we natuurlijk het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en minister Schippers om samen met ons te willen kijken vanuit de praktijk.

Inleiding en beknopte beschrijving casus

Juist voor de zomer heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het initiatief genomen een casusonderzoek in te stellen naar onnodige bureaucratie in de zorg. Er is daarbij gekozen voor de Kafkamethode. Dit is een methode van actie-onderzoek, waarbij aan de hand van concrete problemen wordt gekeken wat er meer structureel in de weg blijkt te staan om die problemen op te lossen. Het perspectief is daarbij dus de leefwereld van de patiënt en de concrete problemen die de professional daarbij tegenkomt en niet de systeemwereld. Het is een manier om te zien waar het systeem barrières bevat, die professionals en bestuurders in de weg staan om innovaties die de maatschappelijke meerwaarde die de zorg als geheel moet leveren te realiseren. Dit kunnen barrières zijn in het zorgstelsel, maar ook barrières in de organisaties zelf, de samenwerking of de organisatiecultuur.

In de Zaanstreek hebben alle betrokkenen gezamenlijk willen kijken naar de casus van Mijntje. Mijntje was 93 toen ze over een tafeltje struikelde en met de ambulance op de eerste hulp terecht kwam. Hoewel ze vrijwel direct uitbehandeld was, kon ze niet zonder ondersteuning naar huis. Tijdelijk was het nodig om 24 uur per dag verzorging direct beschikbaar te kunnen hebben. Om verschillende redenen kon dit niet direct worden geregeld en geleverd, waardoor ze een kleine week in het ziekenhuis moest blijven wachten. Na haar tijdelijke opname in een verzorgingshuis is ze nog korte tijd thuis geweest, maar moest al

vrij snel naar een verpleeghuis. Daar heeft ze nog enkele maanden met veel plezier geleefd, voor ze overleed.

Mijntje is niet uniek. De meerderheid van de mensen die zorg nodig heeft na ontslag uit het ziekenhuis bestaat uit kwetsbare ouderen. Dit zijn ouderen die vaak met een probleem, dat medisch gezien bijna triviaal is – maar op dat moment wel acuut – het ziekenhuis in komen, vaak meerdere andere medische problemen hebben en daarom niet zonder zorg naar huis kunnen. De meerderheid moet wachten in het ziekenhuis.

Waarom mensen moeten wachten, daarop verschillen aanvankelijk de perspectieven, net als de vraag naar de oorzaak van het probleem en óf het eigenlijk wel een probleem is. Dat is begrijpelijk. Iedere betrokkene zit in een organisatorische context die het perspectief kleurt. Een ziekenhuis heeft een sterke financiële prikkel om mensen zo snel mogelijk weer uit het ziekenhuis te krijgen en ziet daarin ook het maatschappelijk belang: ze moeten wachten op het vervolg van de behandeling en het ziekenhuis heeft regelmatig een opnamestop, met alle gevolgen van dien. Maar de transferverpleegkundigen – die te maken krijgen met die druk – vragen zich af of die haast nu zo goed is voor de patiënt. Is niet juist goed om ze even ter observatie te houden? De clustermanager van de zorginstelling plaatst mensen liever meteen op de juiste plek en daar helpt die haast niet bij. De specialist ouderengeneeskunde wil graag überhaupt af van het gesleep met die mensen. En als dat zo is, wie had dat gesleep dan moeten voorkomen? De zorgverzekeraar zegt dat wel geprobeerd is huisartsen zo ver te krijgen dat ze kwetsbare ouderen elk jaar oproepen, maar huisartsen dat veelal niet doen. De betrokken huisarts gaf in de voorgesprekken aan dat je wel erg veel tijd moet hebben, om het papierwerk dat daar bij komt kijken voor lief te nemen. En het wijkteam stelt dat – anders dan de kwetsbare ouderen die zichzelf melden – ze niet kunnen weten waar de kwetsbare ouderen zijn. Omdat daarnaast de werkdruk hoog is, blijft het pro-actief opzoeken van kwetsbare ouderen daarom liggen.

Als de nabestaanden van Mijntje hun verhaal verteld hebben en de professionals hebben gesteld dat er tot twee keer sprake is geweest van een incomplete diagnose en dat ze niet de zorg gekregen heeft die ze nodig had en niet tijdig, is het even stil. Tot Ron, de schoonzoon van Mijntje aangeeft dat iedereen volgens hem z'n uiterste best heeft gedaan. Iedereen doet z'n uiterste best en toch is de

uitkomst niet zoals we dat willen. Hoe komt dat?

De probleemanalyse

In het gesprek dat volgt maken de betrokkenen een analyse, waarin ze een diversiteit aan problemen benoemen vanuit het perspectief van de patiënt.

Er is al een lichamelijk probleem voordat de patiënt in het ziekenhuis komt

Zoals bij Mijntje komt het vaak voor dat specialisten ouderengeneeskunde lichamelijke problemen constateren anders dan het acute probleem waarmee iemand het ziekenhuis binnenkomt. Het gaat dan om lage suikers, uitdroging – zoals in het geval van Mijntje – teveel aan medicijnen en dergelijke. Zaken die deels oorzaak kunnen zijn van het acute probleem, zoals een val en die ook de reden kunnen zijn dat iemand niet direct of zonder hulp naar huis kan.

Mensen worden te veel verplaatst

Als mensen via de spoedeisende hulp het ziekenhuis in komen zijn ze voor ze weer thuis zijn in enkele dagen vier, vijf keer verplaatst. Ze zien elke dag of halve dag nieuwe gezichten om het bed. Ambulance, spoedeisende hulp, acute opname afdeling, verpleegafdeling, verpleeghuis en naar huis. Of niet. Dit kan bijdragen aan de verwarring en desoriëntatie en kan vervolgens diagnosestelling en terugkeer naar huis in de weg staan.

Functieverlies van wachtende ouderen in het ziekenhuis

In het ziekenhuis leiden mensen functieverlies. Tegelijk is er veel kennis over hoe functieverlies, zowel lichamelijk als geestelijk te voorkomen. De oorzaak is zowel gelegen in te weinig aandacht hiervoor in het ziekenhuis, als in het feit dat mensen niet doorstromen.

De zorg sluit voor de patiënt niet naadloos op elkaar aan

Omdat het zorgaanbod nu niet naadloos op elkaar aansluit, wacht de groep van kwetsbare ouderen op het vervolg van hun behandeling, bijvoorbeeld revalidatie.

Voorkomen is beter dan genezen

In veel gevallen lijkt het erop dat het voorkomen van ziekenhuisopname wel eens beter zou kunnen zijn voor de patiënt. Medisch-specialistisch is er eigenlijk niets of niet veel nodig. Maar er is wel een probleem.

Onvolledige communicatie met patiënt en familie of mantelzorgers

De patiënt en de mantelzorgers hebben niet altijd een compleet beeld van wat er gaat gebeuren en op welke termijn.

Onvolledige en versnipperde informatievoorziening

Patiënten en hun mantelzorgers, maar ook de professionals die het hen moeten kunnen vertellen, hebben ook moeite om bij bijvoorbeeld de zorgverzekering of de gemeente helder te krijgen welke zorg vergoed wordt of geleverd kan worden. Deze kennis vraagt om het doorgronden en combineren van informatie van landelijke regelgeving, lokaal aanbod en informatie van de zorgverzekeraars. Hierdoor is vaak niet duidelijk wat de patiënt moet doen om het zorgaanbod te verkrijgen en bij wie.

Informatie-overdracht tussen zorgverleners is niet optimaal

In veel gevallen is er geen informatie-overdracht en moet een patiënt elke keer opnieuw vertellen wat de situatie is. Veelal gaat de onderlinge informatie-overdracht via de patiënt, die daar niet altijd toe is uitgerust op dat moment. Dit geldt op vrijwel alle terreinen, aanpassing van de medicatie wordt niet altijd doorgegeven aan verpleegkundigen in het wijkteam, de specialist ouderengeneeskunde krijgt niet tijdig de volledige informatie van het ziekenhuis en/of de huisarts. Of een huisarts die niet op tijd de juiste informatie krijgt van het ziekenhuis. Bijvoorbeeld als hij niet op de hoogte wordt gesteld door het ziekenhuis van het ontslag van zijn cliënt.

Niet de juiste kennis op de spoedeisende hulp

Op de spoedeisende hulp moet meer geriatrische kennis beschikbaar komen, zo zou ziekenhuisopname op dit punt in de keten deels voorkomen kunnen worden in dit soort gevallen.

Er is geen regie op de keten

Niemand heeft de regie op de keten als geheel. Er is ook geen eensgezinde opvatting over wie dit zou moeten zijn.

We maken geen afspraken over een dekkend zorgaanbod

Elke zorgaanbieder heeft ook een eigen verantwoordelijkheid om zich te informeren en te weten welk aanbod er is. En zelfs om afspraken te maken als dat aanbod te kort schiet, ook buiten kantoortijden en in het weekend, zodat er in crisissituaties opties beschikbaar zijn en helder is welke dat zijn. De thuiszorg is nog niet ingesteld op 24/7 werken. Goede regionale afspraken worden onvoldoende gemaakt.

Het zorgaanbod is incompleet

Er is nieuw zorgaanbod nodig. Hoewel er discussie is over hoe dit genoemd moet worden, is er eensgezindheid dat er onvoldoende en onvoldoende toegankelijke, tijdelijke 24-uurszorgaanbod is voor mensen die wel relatief weinig zorg nodig hebben, maar waarvoor wel 24 per dag direct iemand beschikbaar moet kunnen zijn, waardoor deze mensen met kwalitatief slechtere zorg in een duurder ziekenhuisbed liggen.

Gezamenlijke probleemdefinitie

Mijntje is exemplarisch voor de grootste groep mensen die zorg nodig heeft na een ziekenhuisopname; de groep van kwetsbare ouderen. De kern van het probleem is dat ze snel functieverlies leiden als ze niet de juiste zorg krijgen of deze zorg niet tijdig krijgen. De kans op terugkeer naar een situatie waarin ze zelfstandig thuis leven neemt dan ras af. En het is duidelijk dat iedereen terugkeer naar zelfstandig thuis leven wel als de wenselijke norm ziet, ook voor zichzelf. Iedereen kan zich vinden in de stelling dat het de gezamenlijke verantwoordelijkheid is om dit probleem te adresseren. Er is niet één oorzaak, maar alle voornoemde problemen zijn aangrijpingspunten voor de oplossing.

Omdat de betrokkenen de opgave als een collectieve opgave weten te formuleren, wordt het makkelijker om verschillen te zien als een kans om elkaar te ondersteunen en ondersteund te worden bij het gezamenlijke doel – als een

ruil in plaats van louter een belangentegenstelling. Het resultaat voor de patiënt helpt ook om een maatstaf aan te leggen, die niet direct aan een organisatie is gekoppeld, zodat overal in de keten verbetering aangebracht kan worden. De verbetering van de kwaliteit voor de patiënt moet zichtbaar worden in vermindering van het aantal ouderen dat op de spoedeisende hulp komt met een zorgprobleem, verkorting van de wachttijd van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis, verbetering van de zorg voor deze ouderen in het ziekenhuis en vermindering van het aantal opnamestops ofwel de toegankelijkheid van het ziekenhuis. De verwachting is dat dit bovendien geld zal besparen.

Oplossingen

In de tweede helft van het gesprek formuleren alle betrokkenen een eerste stap op weg naar dit resultaat die zij in hun positie kunnen nemen.

Samenwerken aan tijdelijke opvang en voorkomen van functieverlies

De belangrijkste eerste stap is waarschijnlijk dat de zorginstelling en het ziekenhuis gezamenlijk tijdelijke kortdurende verpleegzorg gaan realiseren. Dit is opname of in elk geval de directe beschikbaarheid van verpleegzorg 24/7. Ook willen ze meer samenwerken door mensen van de zorginstelling in het ziekenhuis toe te laten. Dit moet het zowel mogelijk maken om ziekenhuisopname vaker te voorkomen, als om mensen sneller te kunnen uitplaatsen, als om in het ziekenhuis te werken aan minder vermijdbaar en onbedoeld functieverlies.

Hiervoor is overheveling van budget nodig. De Minister kan in het gesprek direct duidelijkheid kan geven over de toekomst van de tijdelijke subsidieregeling voor eerstelijns zorg: die zal in 2017 onder de Zorgverzekeringswet vallen. Besparingen die ze gezamenlijk realiseren zullen dus zichtbaar worden bij één financier: de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar blijkt bereid gezamenlijk te kijken naar een plan dat daarop anticipeert. Dit plan zal de komende maanden worden uitgewerkt en aan de Autoriteit Consument & Markt (ACM) zal worden gevraagd om vooraf een toetsing te geven. Mocht blijken dat er toch barrières zijn bij de overheveling van budget, dan zal VWS hier direct naar kijken. De minister kondigt enkele dagen later naar aanleiding hiervan aan een praktijkteam[1] in het leven te roepen om dergelijke knelpunten in regio's

1 http://www.skipr.nl/actueel/id24336-praktijkteam-gaat-knelpunt-in-zorg-aanpakken-.html

structureel aan te pakken.

De informatie-uitdaging

Professionals, zoals wijkverpleegkundigen, moeten nu een versnipperde stroom informatie combineren uit landelijke regelgeving, lokaal aanbod en polisvoorwaarden van verzekeraars om patiënt en mantelzorgers van te voorzien van praktische hulp in de praktijk. Professionals hebben behoefte aan duidelijke informatie over welke zorg beschikbaar is, welke hulpmiddelen waar te regelen zijn en wat er waar vergoed worden. Deze informatie is beschikbaar, maar versnipperd en aan veel wijziging onderhevig. De zorgverzekeraar wil hier een eerste stap zetten om het initiatief te nemen om dit bij Zorgverzekeraars Nederland op te pakken om dit in elk geval voor de zorgverzekeraars zelf meer te standaardiseren en integreren.

Preventie

Als sociale wijkteams beter weten welke mensen het eerst moeten worden opgezocht, maakt dit de werklast voor sociale wijkteams meer behapbaar. Sociale wijkteams hebben nu niet de benodigde informatie om dit te kunnen doen. Verzekeraars hebben deze gegevens wel en ook op wijkniveau. Het gaat dan om gegevens als welke ouderen tot de groep kwetsbare ouderen behoren die al lang geen bezoek aan de huisarts hebben gebracht. Er kan dan pro-actief worden aangebeld om tijdig te informeren en signaleren. Dit bespaart tijd voor de wijkteams, die ze kunnen gebruiken om preventieve acties als valtrainingen minder incidenteel en meer gericht en continue uit te voeren.

De hoop is lang gevestigd op huisartsen als het gaat om preventie en signalering. Er is financiering voor huisartsen om de kwetsbare ouderen onder hun cliënten in kaart te brengen. Omdat dit vooralsnog niet is gelukt, wordt het mogelijk gemaakt dat ook andere professionals deze middelen kunnen gebruiken voor dit doel, zoals sociale wijkteams en verpleegkundige teams. Wat niet wegneemt, dat ook in de samenwerking met huisartsen verbetering moet worden bereikt.

Monitoring

Bovenstaande is het resultaat van een eerste gezamenlijk gesprek over de uitvoeringspraktijk. En een eerste, maar zeer concrete, stap, die de potentie heeft om zowel de kwaliteit van de zorg te verhogen als de kosten te beheersen. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal de komende maanden de voortgang van het actieplan volgen. In mei zal een terugkomgesprek worden georganiseerd, waarvoor de Kafkabrigade iedereen opnieuw zal spreken en uitnodigen. Daarin zullen we de voortgang en resultaten samen bezien. We hopen dat deze manier van kijken en werken vervolg krijgt.